UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 — N° 182

Le Médecin Praticien face au Problème des Varices du Membre inférieur

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1953

PAR

Jean LANDRIEU

Né à BAYONNE (Basses-Pyrénées), le 2 Août 1926

Examinateurs de la Thèse

MM. F. PAPIN, Professeur ..... *Président*

DE GRAILLY, Professeur ... } *Juges*

TINGAUD, agrégé..... } *Juges*

DEPAULIS, agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE RENÉ SAMIE

21-23, rue Teulère

—

1953

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 — N° 182

Le Médecin Praticien face au Problème des Varices du Membre inférieur

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1953

PAR

Jean LANDRIEU

Né à BAYONNE (Basses-Pyrénées), le 2 Août 1926

Examinateurs de la Thèse

MM. F. PAPIN, Professeur ..... *Président*

DE GRAILLY, Professeur ... } *Juges*

TINGAUD, agrégé..... } *Juges*

DEPAULIS, agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21-23, rue Teulère

1953

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, L. CHELLE
DOYEN : M. G. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. R. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES. LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET.

PROFESSEURS

	MM
Clinique médicale	CREYX.
id.	BROUSTET.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
id.	MASSÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	DUFOUR.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clinique de la tuberculose.	PIÉCHAUD.
Médecine légale et Médecine du travail	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	N.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.
Anatomie pathologique	LÉGER.
Anatomie	RIGAUD.

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
id.	QUILICHINI.
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL.
Pathologie expérimentale	FAURE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Médecine générale	DUBARRY.
id.	F.-J. TRAISSAC.
id.	BERGOUIGNAN.
id.	LENG-LÉVY.
id.	LAVIGNOLLE.
id.	MORETTI.
Chirurgie générale	LAUMONIER.
id.	CHAVANNAZ.
id.	VILLAR.
id.	TINGAUD.
id.	DEPAULIS.

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE.
id.	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
Electro-radiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE.

AGRÉGÉ LIBRE:

M. MAHON (Obstétrique)

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Accouchements	CHASTRUSSE.
Puériculture	VERGER.
id.	PÉRY.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
id.	COUSTOU.
Obstétricie Sociale	MAHON

	MM.
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE.
Chimie analytique	BABIN.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.

Le Secrétaire Principal de la Faculté : M. ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE - A MA MÈRE

Sincère témoignage de ma profonde affection.

A MA GRAND'MÈRE

Qui reste pour moi un exemple de persévérance et de dévouement.

A MON ONCLE PAUL LANDRIEU

En reconnaissance de la tendresse et de l'aide constante qu'il m'a témoignées.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur L.-P. DOUTRE

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté

Médaille d'Or des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce travail.

En remerciement de sa précieuse collaboration à la rédaction de cette thèse.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur agrégé DEPAULIS
Assistant Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé TINGAUD
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur DE GRAILLY
Professeur d'Anatomie Pathologique
et Microscopie Clinique
Médecin des Hôpitaux
Membre Correspondant de la Société Médicale
des Hôpitaux de Paris
Médecin de la Fondation Bergonié (centre anticancéreux)
Officier de l'Instruction Publique
Croix des Services Militaires Volontaires

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAPIN

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirugien des Hôpitaux
Membre Associé National de l'Académie de Chirurgie
Membre Correspondant National de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

Hommage reconnaissant pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

La Varice : vieille tare et fléau social.

Il y a bien longtemps que la question variqueuse hante l'esprit des praticiens. Hippocrate et Celse s'en occupaient déjà dans des travaux repris plus tard par Ambroise Paré, J.-L. Petit, Velpeau, Malgaigne qui décrivirent l'affection avec une compétence qui n'a pu être égalée par la suite : ces auteurs préconisaient les incisions évacuatrices, l'extirpation ou la cautérisation au fer rouge après ligature du vaisseau.

En se rapprochant de notre époque, deux tendances se firent jour :

La première, chirurgicale, qui régna jusqu'au début de ce XX^e^ siècle, eut comme défenseurs Trendelenburg, Moreschi, Babcock qui envisageaient une conception purement mécanique dans la genèse des varices et pour lesquels la cure variqueuse devait se limiter aux procédés d'ablation des veines ectasiées.

La deuxième, médicale, qui fit fureur à partir de 1918 avec Sicard et après lui Genevrier, Higgins, Gerson, William Cooper, Tournay, qui attribuaient au mal une origine non plus valvulaire, mais pariétale ou même endocrinienne.

Actuellement, bien que la sclérose et le traitement général aient gardé toutes leurs prérogatives, la chirurgie a fait un bond avec les travaux des Scandinaves, de Martinet, de Servelle, qui jetèrent un cri d'alarme en assurant que les bienfaits passagers de la sclérose ne tardaient pas à disparaître, car du fait du reflux fémoro-saphénien par insuffisance valvulaire la sclérose petit à petit se laisse forcer faisant place à la récidive.

Pour VACHERON, « si le danger est à la partie déclive du membre, le mal est presque toujours à la crosse et la fermeture de ce carrefour veineux est la clef de voûte du traitement ».

Nous nous garderons bien de prendre systématiquement parti pour l'une ou l'autre de ces théories et, dans ce fief de Montaigne où nous avons l'honneur de présenter cette modeste étude d'un mal si répandu, nous essaierons de faire preuve d'éclectisme, de bon sens et de mesure en posant les indications de chaque méthode de traitement et en gardant toujours présente à l'esprit la nécessité de s'occuper de cette tare le plus tôt possible, préoccupation fort difficile vu le désintéressement que porte le malade à son état jusqu'à ce que celui-ci atteigne au maximum de sa gravité.

Mentionnons, avant de débuter, le nombre considérable de sujets porteurs de varices : l'absence d'exercice où se complaît la vie actuelle, ainsi que la généralisation des moyens de transport mécanique sont autant de facteurs accentuant la dilatation veineuse. De leur côté, les médecins du travail, attachés au rendement, ont attiré l'attention sur la gravité des varices et de leurs complications.

Le Bulletin de la Santé publique des Etats-Unis place les « varices » au septième rang des vingt-huit maladies chroniques les plus fréquentes et rappelle qu'en 1938, elles affectaient dans ce pays 1.750.000 malades qui totalisaient 5.900.000 journées de travail perdues, sans compter la diminution de la capacité fonctionnelle des sujets. En face de ces chiffres surprenants, le praticien n'a pas le droit de ne s'intéresser que de loin à ce fléau.

Notre but ici consistera :

1° Dans une première partie, à poser le problème et à envisager les moyens de diagnostic qui s'offrent au praticien en face d'une telle maladie ;

2° Dans un deuxième temps, à faire une étude étiologique de la « VARICE de STRUCTURE » :

3° Enfin, d'opposer à cette dernière des méthodes thérapeutiques aussi concluantes que possible.

CHAPITRE PREMIER

LE PROBLÈME ET LE DIAGNOSTIC

Comme, seule, nous préoccupera l'étude des « VARICES de STRUCTURE », nous croyons utile de limiter la question avant de décrire les éléments de diagnostic.

I. — POSITION DU PROBLÈME

Le médecin qui vient d'examiner un sujet se plaignant de douleurs, d'impotence d'un membre ou de dilatations variqueuses inesthétiques, aurait souvent tendance à proposer un traitement banal et passe-partout. Comme nous allons le voir, il se doit, au contraire, de faire un tri dans les divers états variqueux qui peuvent se présenter à lui avant d'envisager une méthode curative, très variable avec chacun de ces états.

En premier lieu, éliminons de cet exposé les varices compliquées, en entendant par là autant la cyanose sus-malléolaire que l'eczema ou l'ulcère variqueux.

Il nous semble, reprenant la classification de L.-P. DOUTRE, que, sous couvert d'un examen général du sujet qui sera exposé un peu plus loin, trois grands types de varices peuvent être décelés :

1° Les *varices de stase*, par *obstruction au courant sanguin*, secondaires en particulier à une tumeur enclavée, à une ascite, à un anévrysme.

Joignons à ce groupe les varices de grossesse, non pas tellement celles qui se développent avant que la tête ne soit entrée dans le bassin, que celles dues à la compression tardive des veines par l'utérus en voie de développement.

Nous dirons de suite que cette variété nous retiendra très peu, les varices de stase ne pouvant et ne devant être soulagées que par le traitement de la cause joint à des perscriptions hygiéniques dont nous indiquerons plus tard les points majeurs.

2° Les *varices de suppléance*, par *dérivation du courant sanguin* qui se développent à la suite :

— D'une thrombose des veines profondes ;

— D'une malformation congénitale portant sur ces veines.

Elles traduisent l'effort des veines superficielles chargées d'assurer la circulation collatérale, le surmenage du réseau sous-cutané étant à peine soulagé par la reperméabilisation d'une veine thrombosée.

Là est tout l'intérêt du problème : en effet, dit Enjalbert, « la cure radicale des varices ne peut être entreprise que si le système veineux profond est perméable ».

S'il y a oblitération, les varices doivent être respectées. Elles jouent un rôle bienfaisant et leur destruction serait vouée à un échec certain et même à de graves complications. On conçoit donc toute la valeur de cette différenciation et le devoir pour le médecin d'écarter par l'examen clinique et s'il en est besoin par la veinographie, le diagnostic de varices de suppléance, auxquelles il ne devra pas toucher, avant de conclure à celui de varices essentielles qu'il devra au contraire traiter activement.

3° Les *varices de structure* par *reflux du courant sanguin* qui, joint à une débilité pariétale du vaisseau, permet une circulation anormale de haut en bas, et de la profondeur vers la superficie.

C'est autour de ces cas que doit être centré le problème des varices.

II. — Méthodes de diagnostic

Face aux variqueux, le praticien possède-t-il des moyens précis pour conclure à l'existence formelle de « varices de structure » ?

Avant de les envisager, un mot de physiologie paraît indispensable.

A) *Physiologie de l'état variqueux.*

Chez un sujet normal, la circulation de retour se fait par les veines profondes. La colonne veineuse superficielle se déverse dans la veine fémorale par la saphène interne et dans la veine poplitée par la saphène externe, une partie de ce sang étant aspirée dans la profondeur par la contraction et la décontraction des muscles de la jambe. Les deux voies, superficielle et profonde, communiquent largement, surtout au niveau des deux crosses et du canal de Hunter.

Donc, la circulation se fait :

1° De bas en haut ;

2° Du système superficiel vers le système profond, ce sens étant réglé par le jeu des valvules qui ont un rôle de pare-choc en face de la colonne sanguine dont la pression s'élève de plus de 400 mm. d'eau quand le sujet passe de la position horizontale à la position debout.

S'il se produit une insuffisance valvulaire :

1° La pression veineuse va s'accroître de 900 à 1.200 mm. : Rutledge prétend que cet accroissement serait plus important dans les varices de suppléance ;

2° La circulation se fait de haut en bas, et ce trouble hydraulique irréversible peut être directement visualisé en injectant une substance opaque à la racine du membre, substance qui s'écoule rapidement jusqu'au bas de la jambe à la verticale ;

3° Le sang remonte du système veineux profond vers le réseau superficiel, en raison de l'insuffisance valvulaire des

communicantes : dès lors de moins en moins bien protégé, ce système veineux superficiel va devenir, suivant l'expression de MARTINET, « un danger pour les tissus environnants », le reflux entraînant l'œdème de stase, et, à plus ou moins longue échéance, le défaut de nutrition des tissus, d'autant plus que le courant sanguin est toujours extrêmement ralenti, pauvre en O au niveau des varices, riche au contraire en CO2. L'anoxie tissulaire est à la base du cortège des complications chroniques.

Il ressort de ces faits deux points capitaux à rechercher chez le variqueux :

Y a-t-il reflux ?

Le reflux est-il important ?

Ceci commande la thérapeutique.

B) *Examen clinique.*

L'essentiel de cet examen sera :

1° D'éliminer un facteur de stase, dont la cure serait obligatoire ;

2° De vérifier l'état des voies profondes dont l'obstruction empêcherait de toucher aux varices ;

3° D'apprécier le degré d'insuffisance valvulaire, à seule fin de déduire si la varice de structure, parfaitement décelée, est encore compensée, auquel cas un traitement médical pourra suffire avec, au besoin, l'appoint de la sclérose, ou, au contraire, s'il s'est installé un reflux à contre-courant, qu'il sera nécessaire d'interrompre radicalement par la chirurgie.

Le médecin entreprendra donc, d'une manière systématique, en présence de tout soupçon de mal variqueux :

a) Un interrogatoire serré :

Mode d'apparition du mal ;

Recherche d'une étiologie : présence de maladies constitutionnelles, infectieuses, artérielles ; profession ; déséquilibres hormonaux. On doit savoir si le sujet a fait une thrombophlébite

antérieure, s'il est resté étendu plusieurs jours après une opération portant sur l'abdomen ou le petit bassin.

b) Une étude soigneuse des divers appareils : bilan cardio-vasculaire, état rénal, état digestif ;

Toucher vaginal et rectal (fibrome, kyste ou autres causes de congestion pelvienne) ;

c) Un examen proprement dit du sujet debout, face à la lumière, en comparant les deux membres à la vue et au palper, car si certaines dilatations sont évidentes, d'autres nécessitent un palper minutieux avec la pulpe de l'index.

La topographie et le volume des varices seront notés sur un *schéma* avec :

— Les territoires atteints :

Saphène interne (face interne de la jambe et de la cuisse) ;

Saphène externe (face postéro-externe du mollet).

— L'asymétrie sur les deux membres, qui fera rechercher une cause locale.

— L'état de la peau, la souplesse des parois, le degré d'atrophie musculaire.

— L'importance de la lésion :

Stade prévariqueux avec phénomènes fonctionnels prédominants ;

Lacis de varicosités cutanées « en araignée » avec peau qui se plisse mal ;

Varices étendues des saphènes ;

Paquets multiples, ampullaires, s'accompagnant ou non d'insuffisance chronique.

Ces détails ont leur importance dans le choix d'un traitement.

d) Surtout la recherche de l'insuffisance valvulaire. C'est le temps majeur.

Insuffisance ostiale, d'abord, objectivée par la manœuvre de Trendelenburg, dont la positivité signe le reflux descendant

fémoro-saphénien, élément capital qui domine toute la thérapeutique.

Insuffisance des communicantes, incapables de diriger le sens du courant de la superficie vers la profondeur, objectivée par la deuxième manœuvre de TRENDELENBURG qui consiste à prolonger la compression de la zone saphénienne, le membre étant rabaissé et à voir malgré cela la veine se remplir rapidement de bas en haut ; ou par l'épreuve de PRATT, plus sélective et localisatrice, qui place un garrot à la racine de la cuisse, déroule une bande d'Esmach, préalablement posée des orteils à la racine crurale, de haut en bas tout en enroulant une 2e bande : le court espace libre laissé entre les deux, permet de voir à un moment donné le brusque afflux de sang venu d'une perforante. Les garrots étagés ont également pour but de localiser les communicantes incontinentes.

Insuffisance, enfin, du réseau profond, la plus grave et qu'on doit toujours essayer de mettre en lumière par l'épreuve de DELBET : sur un sujet debout, un garrot appliqué à la partie moyenne de la cuisse, la marche ou les mouvements de flexion rapides amènent soit la disparition des varices témoignant de veines communicantes compétentes, soit un gonflement douloureux signant l'obstruction des veines profondes, en faveur de laquelle plaideront également de gros œdèmes ou des troubles trophiques importants. BARONE a amélioré la manœuvre en plaçant le garrot à des niveaux différents pour éviter de passer à côté d'une oblitération limitée de la voie profonde.

e) Enfin, l'appui du laboratoire sera utile : étude de la pression veineuse à l'extrémité des membres inférieurs ; mesure du temps circulatoire ; mesures du temps de coagulation et du taux de prothrombine ; formule sanguine, glycémie.

Tels sont les principaux « tests » à la portée du médecin : sans être immuables, ils donnent des renseignements de valeur. Suffisants en présence de varices à leur début, ils ne sont cependant pas concluants lorsqu'on se trouve en face de paquets variqueux déformant le membre où l'on soupçonne le reflux : il est plus sage, à ce moment-là de recourir à des méthodes

plus précises de diagnostic : seule la phlébographie en montrant directement les lésions serait à même de trancher la différence entre la varice de suppléance traduisant une thrombose où la circonspection est de rigueur, et la varice de structure qu'il nous appartient par contre de détruire.

C) *La phlébographie : son intérêt, ses indications.*

Depuis longtemps on a essayé de visualiser les vaisseaux, mais c'est à Dos Santos que revient la primeur d'avoir installé la méthode d'opacification veineuse dans le domaine pratique en 1938.

1° Son intérêt chez le variqueux est d'étudier la façon dont se remplit le système veineux superficiel à partir du profond. Donc :

a) De localiser le réseau des communicantes à valvules incontinentes qui permettent le reflux à la surface ;

b) D'apprécier l'état de la circulation profonde (intérêt de compléter la phlébographie habituelle à partir de la saphène externe par une injection haute rétrograde à la racine du membre) ;

c) De montrer les anomalies du trajet veineux : fémorale superficielle avalvulée, siège anormal de la crosse.

Sizaire fait bien remarquer que l'on injecte non plus un, mais plusieurs réseaux à partir du point d'injection contrairement à l'artériographie.

2° Les voies d'accès, sont :

a) La voie directe : intraveineuse, après avoir de préférence dénudé la veine ; l'injection pouvant se faire soit en circulation libre, soit sous stase (le flux veineux étant arrêté à un point donné de son trajet).

b) La voie indirecte :

— Soit intramédullo-osseuse, préconisée par Drasnar, se basant sur le fait que le sang du tissu spongieux des os se draine avec assez de rapidité dans les veines du voisinage pour qu'une

injection de substance à ce niveau permette d'obtenir de bonnes images ;

— Soit intra-artérielle, par injection de substance dans une artère peu avant la terminaison et en ayant soin de prendre les clichés au moment où elle passe dans la veine.

Cette artério-phlébographie indirecte serait la méthode d'opacification idéale, mais la plupart des auteurs la rejettent pour l'inconstance de ses résultats et les difficultés de sa technique. Cependant, ici à Bordeaux, avant de procéder à la technique chirurgicale que nous exposons à la fin de cette étude, nous avons eu, avec L.-P. Doutre et Bouyssou, de bons clichés et sans aucune difficulté, en utilisant l'artère tibiale postérieure comme lieu d'injection. De cette manière il n'a jamais été constaté d'incidents dus à l'injection ni d'oblitération ultérieure artérioveineuse ou capillaire. Des artériographies, faites huit jours et un mois après l'examen veineux, ont montré une liberté complète et une imprégnation totale du réseau du pied. L'intérêt de cette méthode est justement d'avoir sur un même cliché à la fois le réseau veineux superficiel et le réseau profond, du pied à la racine de la cuisse.

La radiographie chez le malade variqueux devra mettre en évidence l'état anatomique, la valeur fonctionnelle des veines superficielles et les perforantes ainsi que la perméabilité du réseau profond. Ferreira, Villamil et Giruzzi, mettant au point une technique spéciale de phlébographie dynamique, vont même jusqu'à prétendre dissocier dans les images du réseau profond une insuffisance essentielle caractérisée par l'incontinence valvulaire d'un ou de plusieurs troncs avec reflux du liquide opaque vers le mollet et une insuffisance post-thrombotique où les images des veines, irrégulières, n'ont pas la pureté de ligne des précédentes.

3° Les indications de cette technique délicate, et qui par surcroît ne manque pas d'inconvénients (contre-indications en cas d'idiosynchrasie à l'iode, d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique grave, de traitement mercuriel intercurrent,

de tuberculose pulmonaire, d'hypertension, de sujets trop âgés), ne doivent pas être posées à tort et à travers. Nous ne sommes pas partisans de proposer cette méthode à tous les sujets porteurs de varices, encore moins à ceux qui, au stade prévariqueux, ne possèdent que des troubles fonctionnels, aussi importants soient-ils.

Nous la réserverons :

— A l'état variqueux avec gros œdèmes et troubles trophiques où il est normal de soupçonner une obstruction profonde ;

— A tous les cas où une thrombophlébite antérieure a été mise en évidence soit par l'interrogatoire, soit par l'examen clinique qui a signé la positivité des tests d'insuffisance valvulaire ;

— Avant ou pendant une intervention chirurgicale pour localiser exactement le siège des perforantes (la vue des points de reflux sera plus aisée en opérant sous stase avec plusieurs garrots bloquant la circulation superficielle) ;

— Enfin dans les cas douteux où, le mal étant déjà avancé, les épreuves cliniques donnent des résultats peu précis.

La nécessité majeure — et dont la phlébographie sera le temps essentiel — est la lutte contre l'hyperpression veineuse par la destruction du réseau superficiel qui supporte la charge de la colonne sanguine renversée, mais ceci à une condition formelle : que le réseau profond soit perméable. La phlébographie le prouvera. Encore faut-il interpréter correctement les images : et Servelle, traitant du rétablissement du cours du sang après une oblitération, dégage cette notion majeure : on ne peut admettre qu'une veine soit oblitérée sur le seul fait qu'elle n'est pas injectée sur la graphie ; il faut aussi « que soient injectées les voies de suppléance qui permettent au sang veineux de contourner l'obstacle », c'est-à-dire la saphène interne en regard du mollet, la fémoro-poplitée et la veine collatérale externe du genou en regard de la poplitée, la saphène interne et les ischiatiques en regard de la fémorale.

En conclusion, cette méthode de diagnostic a acquis droit de cité dans les procédés d'exploration veineuse ; elle montre comment se remplit le système superficiel à partir du profond, localise les points de fuite constitués par les perforantes insuffisantes, signale la thrombose antérieure qui laisse un tronc veineux bouché ou un tronc reperméabilisé, ce qui ne vaut guère mieux, car la transformation de la veine en conduit rigide et incontractile sera génératrice d'hypertension et de complications trophiques. Elle ne doit pas être exigée chez tous les variqueux et paraît surtout indispensable si l'on soupçonne une atteinte profonde et avant toute intervention chirurgicale, pour localiser les perforantes ; car pour bien asseoir le diagnostic de varice de structure et la traiter en conséquence, la préoccupation majeure du praticien est d'écarter la possibilité d'une obstruction profonde.

Chapitre II

« LA VARICE DE STRUCTURE »
SON ÉTIOLOGIE

Avant d'envisager son traitement, il est primordial d'essayer de préciser l'origine et les éléments de formation de la varice de structure. Nous l'avons ainsi nommée pour bien faire ressortir qu'elle prend naissance par altération des éléments propres du vaisseau. Sa fréquence a été niée par certains auteurs qui tentèrent de prouver, par la veinographie, que des varices paraissant primitives n'étaient en fait que secondaires à une thrombose profonde passée cliniquement inaperçue. Sans partager cette opinion, nous penserons qu'il est permis d'admettre que les varices se rencontrent avec une certaine fréquence avant 40 ans sans qu'il existe aucune obstruction.

A) LA LÉSION MÉCANIQUE

Deux conditions président au développement des varices : l'hypotonie veineuse et l'hyperpression sanguine. Ceci est indiscutable et la seule production de varices par obstacle entravant la circulation de retour est en faveur du bien-fondé de la théorie mécanique ; sans même qu'il y ait obstacle, il n'est que de remarquer la fréquence des troubles veineux dans les professions exigeant une station debout prolongée : coiffeurs, employés de magasin, conducteurs de trams par exemple.

Mais ces conditions ne constituent qu'un résultat : la perte de l'hydraulique circulatoire normale, la déficience valvulaire de la saphène par hypotonie de la paroi, l'hyperpression consécutive ne sont en réalité que la résultante d'un trouble profond, d'une viciation du réseau vasculaire que nous allons essayer de décrire.

B) LE TERRAIN FONCTIONNEL

Le terme de « structure » que nous employons à dessein au lieu de celui de « primitive » ou « d'essentielle », tendrait à faire croire que la paroi veineuse est déficiente dès sa formation. Il est possible, comme dit Delater, que « cette paroi s'hypertrophie dans les premières années de l'existence » ; mais la déficience congénitale ne peut s'expliquer que dans des cas rares de malformations veineuses ou d'absence de valvures. Ici le trouble primitif serait dans un déséquilibre humoral et nerveux.

Wetterwall, en 1912, plaçait l'étape de la cellulite avant celle de la varice dans l'organisation de l'état variqueux. Le calibre du vaisseau est réglé par la musculature lisse dont la fonction est sous la dépendance du sympathique, et le tissu conjonctif enrobe, protège et soutient ce système vasculaire. Si sous certaines influences néfastes ce protecteur est lésé, la cellulite apparaît. Le vaisseau qui n'est plus protégé sera lésé à son tour et la varice suivrait la cellulite. Disons tout de suite que ceci a une importance au point de vue thérapeutique, la disparition de la cellulite constituant une prophylaxie de la varice. Le stade cellulitique se manifesterait subjectivement avant toute ectasie : l'interrogatoire du malade révèle toujours que des manifestations subjectives ont précédé de plusieurs années les premières dilatations : ces sensations de plénitude et de pesanteur aggravées par l'immobilité en position debout, calmées au contraire par le repos au lit ou la marche, algies prolongées le long du membre inférieur signent l'atteinte des fibres lisses et de son tissu de soutien. Et Louvel

remarque qu'elles sont différentes des douleurs de la stase variqueuse constituée. A cette étape de « cellulite prévariqueuse » la tonicité veineuse défaillante peut encore être réveillée et soutenue par une action directe sur le muscle et « un coup de fouet » général : nous verrons plus loin comment un massage soigné ou une cure thermale arrivent à réveiller des fibres lisses qui commencent à s'altérer.

La cellulite, comme la varice qui lui fait suite, évolue sur un quadruple terrain : l'arthritisme, l'insuffisance hépatique, la dysendocrinie, l'infection. Ce champ où pousse la plante variqueuse paraît comme le vice profond de la varice de structure : il faudra le combattre au début du mal, mais aussi au stade ultime. Nous insisterons sur le traitement général qui détruira ce terrain et cela d'autant mieux que nous serons plus rapprochés de ce stade prévariqueux qui devra être traité parfaitement avant que ne s'installe une lésion irréversible.

1° *L'arthritisme.* — Il est admis que le tissu conjonctif est « un élément vivant qui pénètre partout avec les vaisseaux sanguins et lymphatiques », réalisant un véritable milieu intérieur doué d'un rôle nutritif et éliminatoire. C'est un agent de liaison actif entre les organes et les liquides chargés de principes nutritifs ; aussi l'apport dans le tissu conjonctif de toxines ou de poisons introduits par la circulation amènera un déséquilibre des échanges et une congestion tissulaire. Ces manifestations arthritiques sont d'ailleurs en rapport avec une insuffisance de certains organes tels le foie.

2° *L'hépatisme.* — Le foie lutte contre l'infection, mais voit vite s'émousser son pouvoir : il « s'encrasse après avoir résisté », dit Lagèze, et le résultat de cet encrassement va être l'accumulation de toxines dans le tissu conjonctif qui, attaqué, protègera d'autant moins la paroi veineuse attenante. Pareillement, l'insuffisance protéopexique du foie qui entraîne le dépôt des déchets albumineux et graisseux n'est pas pour arranger les choses. Cette notion de corrélation hépato-veineuse dirigera les prescriptions diététiques.

3° *L'infection.* — Nous passerons vite sur l'inflammation : toutes les infections prédisposent à la cellulite, en particulier les suppurations chroniques. D'après Alquier, les sources infectieuses provoqueraient une lymphangite qui barre les voies de drainage lymphatique entraînant l'engorgement du tissu conjonctif.

4° *La dysendocrinie.* — Le dernier point, le plus important mais aussi le moins connu, est le déséquilibre des sécrétions glandulaires : il est clair actuellement que l'excitant naturel et bienfaisant du système sympathique veineux est l'hormone : vient-elle à faire défaut ? la dystrophie s'installe. Pour Quiserne, Joly, Hugel, Beekett et bien d'autres, le rôle de l'endocrinie paraît fondamental : pour eux les glandes à sécrétion interne seraient chargées de déverser dans le torrent circulatoire une hormone entretenant le tonus du vaisseau. On pourrait presque affirmer que la structure variqueuse est façonnée par la viciation glandulaire, et Sicard va jusqu'à dire : « L'hérédité veineuse directe n'existerait pas ; elle serait secondaire à la transmission de tares glandulaires. »

Chez la femme, c'est la viciation de la sécrétion de l'ovaire qui peut le plus souvent être invoquée, les varices marquant les étapes de sa vie génitale : on connaît les varices de la ménopause, la première poussée veineuse des premières règles et ce n'est pas s'écarter du sujet que d'évoquer l'insuffisance veineuse apparaissant chez nombre de femmes au début d'une grossesse, non explicable encore par la compression utérine : il paraît important de différencier cet état du premier mois lié à un mal essentiel qui aura de grosses chances d'évoluer par la suite, et l'état variqueux de stase par compression des derniers mois qui disparaîtra après la délivrance.

Chez l'homme, la part de la sécrétion testiculaire est plus difficile à mettre en évidence : c'est pourtant après la puberté que les varices débutent souvent et il existe des poussées nettes vers la 50e année.

A côté de la glande génitale, l'hypophyse, la thyroïde, la surrénale peuvent intervenir et il est fréquent de relever chez

les patients des signes d'instabilité, des règles anormales ou inexistantes (nous en avons vu pour notre part trois cas), des bouffées de chaleur, des Basedow frustes, des troubles du système pileux et des phanères, des altérations morphologiques générales, etc.

Sans mettre tout sur le compte de la déficience hormonale, on peut affirmer qu'elle a une grande part de responsabilité dans le climat variqueux : malheureusement, si l'on doit toujours s'inspirer de ce fait dans le traitement, celui-ci ne pourra être qu'approximatif, car il est encore impossible de rattacher l'insuffisance veineuse au trouble fonctionnel de telle glande plutôt que de telle autre.

Là, est le terrain de la varice de structure ; la sédentarité, les erreurs alimentaires, l'humidité, le froid l'entretiennent et, sur lui, s'installe l'insuffisance avec son cortège de troubles qui ont nom distension, reflux, cyanose, ulcère. Il faut bien persuader le malade que par un traitement bien conduit ce terrain est susceptible de disparaître, mais à la seule condition de prendre toute mesure nécessaire dès la phase de début. Si on laisse s'installer l'irréversibilité, le retour au normal n'est plus possible et même la chirurgie n'enlèvera pas la diathèse variqueuse.

Chapitre III

LE TRAITEMENT DE LA VARICE

La préoccupation majeure du médecin sera, évidemment, de proposer au malade un traitement adapté à ses lésions : nous avons vu que cela n'était pas tellement aisé. Duux notions majeures dans le temps :

1° Si on a la chance de se trouver au début du mal, il sera mis en œuvre une thérapeutique strictement médicale qui s'attaquera à toutes les causes décrites précédemment. Cette position joue également d'ailleurs lorsqu'on a diagnostiqué une varice de stase ou une varice de suppléance : il n'est pas question, pour ces dernières, d'entreprendre une intervention radicale.

2° Par contre, si l'on se trouve à la période de décompensation, à plus forte raison à celle de reflux important, deux moyens seront mis en œuvre : la sclérose et la chirurgie.

Encore une fois, la question des complications des varices ne nous occupe pas ici, non plus que le traitement chirurgical des varices de suppléance, qui constitue d'ailleurs un problème fort difficile et imparfaitement résolu : en principe, mieux vaut respecter les dilatations veineuses superficielles qui assurent une voie de retour en cas d'obstruction profonde.

I. — INDICATIONS ET ÉLÉMENTS DU TRAITEMENT MÉDICAL

— Il est uniquement à envisager par le médecin contre les varices de suppléance ou de stase.

— Il est un adjuvant précieux à tous les états de la maladie.

— Il est prépondérant au tout début de la maladie, car employé en temps voulu, avant que les lésions anatomiques soient bien constituées et la dilatation veineuse un fait acquis, lui seul pourra prévenir les troubles de la période d'état. Nous envisagerons la portée de ce traitement lorsque le sujet se présentera à cette période préliminaire.

Alors, le vaisseau n'est pas déformé : il est seulement le siège d'un développement anormal de sa tunique musculaire et de ses éléments élastiques. Le manteau conjonctif souffre surtout : on se trouve à la phase cellulitique prévariqueuse, le tissu de soutien engainant la veine traduit sa souffrance avant tout signe objectif par une symptomatologie légère mais, dit Laubry, « assez expressive pour être reconnue » : le patient con ulte pour des douleurs à type de distension sourde calmées par la marche. La carence des signes physiques est quasi absolue : pas d'œdèmes, peu ou pas de veines visibles, circummensurations des jambes sensiblement égales. Il nous souvient ainsi d'avoir examiné un jeune homme de 21 ans dont le passé était marqué par une primo-infection tapageuse, qui nécessita une cure d'un an de repos (détail important) et dont les troubles fonctionnels — à type de lourdeurs de la jambe — n'étaient objectivés que par un réseau superficiel veineux à peine visible à la face interne de la cuisse. La veine souffre mais ne se déforme pas. Il faut « entendre cet appel de détresse », dit Louvel, et venir sans tarder au secours du tissu veineux attaqué, car il ne résistera guère longtemps. On confirmera donc au malade l'obligation de se traiter par

tous les moyens médicaux disponibles et de combattre à ce stade réversible le terrain, avant que la véritable insuffisance ne s'installe.

Faire suivre à ce moment une thérapeutique draconienne paraît bizarre, au malade surtout. C'est cependant le seul refuge, et tout praticien peut citer de nombreux exemples pour lesquels une médication, courageusement suivie, a réalisé des merveilles. Il est dans nos intentions d'insister suffisamment sur la façon de combattre la diathèse variqueuse, car ce traitement général, primordial et radical au début, sera un appoint précieux des méthodes que nous envisagerons ensuite : il faut bien souligner ce fait à savoir que la sclérose ou le bistouri amélioreront l'hydraulique circulatoire du membre malade, mais ne feront rien sur cette viciation profonde qui est à la base des troubles objectifs.

A) LA DIÉTÉTIQUE

Elle est indispensable. N'est-ce pas une gageure en France, pays du vin et de la bonne chère de la préconiser ? Or le régime de repos de la cellule hépatique dont nous avons dit les relations étroites avec la veine est aussi concevable que la physiothérapie : aussi recommandera-t-on d'éviter tout excès de table (bannir l'alcool et les mets épicés). Les poussées phlébocongestives « se feront le plus souvent sentir en pleine atmosphère d'hépatisme », rappelle Glenard. Quant à Walter, il voit la varice se développer souvent « chez des sujets dyspeptiques, intolérants pour les aliments gras, atteints de nausées, de subictère des conjonctives ». C'est pourquoi les cures de réduction alimentaire, de restriction des liquides apparaissent comme l'étape indispensable à franchir avant de prétendre exercer sur les veines un traitement tonique efficace. Réduction donc, d'une façon générale, de la quantité d'aliments et, notamment, des graisses et des hydrates de carbone : on réduira le beurre, l'huile, les viandes grasses, les mets sucrés,

le pain et le sel. On conseillera les viandes fraiches, les poissons d'eau douce, les fromages frais, le vin blanc coupé d'eau, le lait, entre autres aliments.

En même temps, le malade évitera la stase veineuse, se disciplinant à rester assis toutes les fois qu'il pourra ne pas rester debout, à s'adonner à une gymnastique quotidienne en décubitus dorsal, à fuir l'immobilité en position verticale, à supprimer les liens constricteurs des membres inférieurs, à éviter les sports entrainant des efforts violents. Louvel et Laubry insistent sur la nocivité du changement brusque de température, des bains de soleil, des bouillottes, des fourneaux ; mais aussi de l'humidité et du froid alors que « la forêt aurait une action bienfaisante ainsi que la moyenne altitude dont la fraîcheur renforce le tonus phlébocapillaire ». On essaiera, enfin, de combattre la constipation.

B) LA THÉRAPEUTIQUE EXTERNE

Elle est de raison, vu l'accès quasi direct sur un réseau veineux superficiel engainé de sympathique et largement étalé en surface. Trois moyens d'action nous retiendront :

— l'électrothérapie,
— l'hydrothérapie,
— la kinésithérapie.

1° *Electrothérapie.*

Elle agit sur la douleur et assure un relâchement tissulaire, en particulier au niveau des lésions de cellulite. Elle n'est pas à la portée de tout praticien et l'ionisation salicylée, la diathermie, les ultrasons, les infrarouges ne seront mis en œuvre que par des spécialistes. Louvel reste un peu méfiant en face de ces recours électriques qui, s'ils réalisent de très heureux effets, peuvent également, entre des mains peu expertes, exagérer l'extensibilité de l'étoffe veineuse et déterminer une congestion accrue.

2° *Kinésithérapie.*

Le masseur, à ce stade cellulitique, peut arriver, dit Guy Laroche, « à des améliorations sensationnelles ». Il doit être compétent et doser son action sur les tissus atteints tout en obtenant une détente musculaire complète, un « délassement du malade » : il interviendra avec délicatesse en effleurant la lésion, sans jamais traumatiser, à seule fin d'évacuer les déchets par un drainage prudent tout au long des voies lymphatiques. Cet effleurage, plus ou moins appuyé, est basé sur la collaboration de la pulpe des doigts et de la paume de la main : il consiste à appuyer la main sur la région infiltrée et à la déplacer avec légèreté, sans entraîner les téguments ; de plus, si le muscle se contracte d'une façon anormale, il suffit d'interrompre le travail et de le reprendre quand le réflexe a cessé. La technique s'exerce donc sur les téguments, mais aussi sur les veines proprement dites en agissant sur le système pariétoveineux irrité. « Une sorte de fluide doit s'établir entre le médecin et son malade », souligne Gaudeul : d'où le soin de doser l'acte d'après les sensations éprouvées au contact des tissus et les réactions du sujet. Un brassage traumatisant du tissu atteint serait une catastrophe, car il réaliserait un trop brusque passage des déchets dans la circulation lymphatique. Par son action dosée sur l'irritabilité de la veine, sur l'éréthisme veineux, sur la résorption des toxines et des déchets, l'effleurage réalise une méthode de traitement parfaite.

Faut-il y ajouter la contention locale : c'est discutable. En tous les cas, les bandes et les bas, fabriqués en soie ou en fil, souples, renforcés par des fils de caoutchouc ténus, ne doivent pas serrer et comprimer, mais envelopper et soutenir ; ils seront un appoint à la phase de varice vraie.

3° *Les bains et les cures thermales.* — Beaucoup d'auteurs prétendent qu'il est malheureux d'omettre une prescription hydrothérapique, en cas d'insuffisance veineuse. Un fait est certain : si l'hydrothérapie renforce l'action de la chirurgie

au stade avancé, elle constitue une indication majeure à la phase de début.

a) La balnéation ordinaire.

Le praticien doit d'abord faire ressortir les bienfaits du bain : celui-ci doit être complet, pris en baignoire, à température modérée (33°), la tiédeur fraîche tonifiant et allégeant le vaisseau. Il peut être suivi d'une douche d'un quart d'heure ou d'une aspersion d'eau fraîche sur les jambes ; il doit être suivi d'un repos étendu. Il est recommandé, pendant le bain, de faire une douzaine de mouvements lents de flexion et d'extension associés à des massages très légers des jambes dans le sens du courant veineux. L'action du bain serait renforcée par certaines substances comme l'alun, l'amidon. On ordonnera deux ou trois bains par semaine pendant deux mois.

b) Le seul nom de « Cures thermales » entraîne souvent un sourire sceptique et il ne viendrait que rarement à l'idée d'un médecin de les conseiller avant l'arrivée de varices proprement dites. On attend que le patient ait de belles dilatations douloureuses pour lui indiquer la route de Bagnoles ou de Barbotan. Certes le soulagement sera spectaculaire et on cite un nombre imposant d'individus atteints de varices avancées qui ont retiré d'une cure — renouvelée tous les ans — des bienfaits indéniables : ainsi avons-nous examiné en Pays Basque deux femmes, l'une marchande de journaux, l'autre employée d'autobus, atteintes de gros paquets variqueux dont la fin de saison de travail est un véritable martyre et qui prennent, chaque année, dès le début du congé, la route de Barbotan dont elles reviennent allégées au point de pouvoir facilement reprendre leur travail au mois d'octobre. Le résultat fonctionnel est indiscutable ; ces malades ne souffrent plus, mais l'ectasie subsiste et l'eau est impuissante à remettre à neuf une tunique musculaire atrophique et inaccessible aux sollicitations du système neurovégétatif.

1. *Action des eaux au début de la maladie.* — A la période prévariqueuse, le tissu conjonctif est malade mais non pas mort.

Louvel et Laubry insistent quand ils disent que « c'est précisément sur cette cellulite adventicielle que s'exerce l'action fondante des eaux qui dégagent les vasavasorum et dont l'action tonifie la tunique veineuse qui commençait à défaillir » : les veines et les lymphatiques libérés des étreintes conjonctives recouvrent leur perméabilité. Il se fait une combustion des déchets.

Nous avons dit la même chose pour l'effleurage et il n'est pas osé d'affirmer la nécessité d'envoyer les variqueux aux cures thermales le plus tôt possible après l'apparition des troubles : des varices au début peuvent complètement disparaître.

2. *Contre-indications et préparation du malade.* — Le médecin devra signaler et dépister les contre-indications des eaux pour les tuberculeux hémoptysiques, pour les femmes sujettes aux métrorragies abondantes, pour les cancéreux, l s cardiaques à tendance asystolique, les hypertendus athéromateux, les femmes enceintes de plus de quatre mois et surtout, comme le souligne Hugel, pour les congestifs et les cachectiques. Cet auteur ajoute qu'idéalement, « les malades ne devraient arriver à Bagnoles qu'après avoir été mis en état de suivre une cure aussi vigoureuse que possible ». D'où l'importance de la préparation du malade par la prescription d'une médication et d'un régime appropriés à la déficience de tel ou tel organe, en lui assurant par ailleurs que l'amélioration, parfois longue à s'établir, ne reste ordinairement acquise qu'après une deuxième et même une troisième cure faite dix mois après la précédente.

Le tropisme de l'énergie thermale s'exercera parfois à l'égard de la tunique périveineuse et du vaisseau lui-même d'une façon un peu brutale : le tissu peut se congestionner, s'enflammer, devenir même douloureux ; on a parlé de « périphlébite thermale », mais ceci constitue une poussée fugace, et de cette flambée résultera un assouplissement du manteau vasculaire et une amélioration du drainage et des échanges nutritifs.

En conclusion, l'électrothérapie et surtout le massage par effleurage et la balnéothérapie constituent des méthodes capables d'améliorations et même de guérison complète, chez un malade qui vient consulter tôt et qui s'astreint à les suivre avec un soin tout particulier. Elles ne seront par la suite qu'un appoint d'un traitement plus radical.

C) LES MÉDICATIONS VEINEUSES

Nous serons plus brefs sur les médications internes, bien que l'étude étiologique nous ait montré l'importance de l'auto-intoxication et la participation glandulaire dans la construction et l'entretien du terrain variqueux. Beaucoup considèrent qu'il est difficile d'envisager un rétablissement complet du vaisseau atteint sans la prescription des hormones, tout en reconnaissant la difficulté d'une telle prescription.

a) *Les substances phlébotoniques* perdent du terrain de jour en jour : c'est la seule ressource en face de varices de stase ou de varices de suppléance qu'il faut se garder de traiter activement. Il paraît osé de considérer l'hamamelis comme la digitale et le marron d'Inde comme l'ouabaïne des veines : Louvel dit les bienfaits de l'eau bidistillée d'hamamelis qui peut être employée par voie interne ou en application externe, incorporée par exemple à de la diadermine. En général on incorporera ces substances dans diverses préparations comprenant également du cupressus et des analeptiques périphériques type adrénaline, qui auront pour effet de doper la fibre lisse.

b) *Les vitamines* peuvent être utilement employées :

— Vitamine B qui apporte une sédation des algies le long du trajet des veines ;

— Vitamine E qui, extraite de l'huile de germe de blé, paraît indispensable au développement et au bon fonctionnement des glandes génitales de l'homme et de la femme dont nous verrons l'importance plus loin ;

— Vitamine P surtout, qui augmente la résistance capillaire mise à rude épreuve au moment où, dans la position debout, la chute verticale du sang veineux chez le variqueux provoque un reflux qui se heurte au flux artériel d'aller dans les champs capillaires.

c) *L'opothérapie* tendrait à devenir l'ordonnance majeure de ce stade de début, s'il était possible d'individualiser la glande responsable. Nous avons pu contrôler les observations de femmes atteintes de varicosités légères et d'hypofonctionnement ovarien qui ont remarquablement réagi à une médication à base d'œstrogènes et d'extraits hypophysaires.

Mais on ne saurait trop recommander de manier ces substances avec attention, de graduer les doses en pensant que de très faibles doses peuvent être régulatrices et que l'usage inconsidéré des hormones peut amener de graves désordres dans un organisme déjà instable. Giroux et Gley conseillent l'emploi de l'hormone circulatoire d'origine pancréatique qui dilate à la fois les vaisseaux périphériques et les vasavasorum stimulant ainsi la nutrition phléboparietale. Enfin, on associera dans des préparations polyglandulaires l'hormone surrénalienne qui relève le tonus des fibres lisses, la parathyrone dont les résultats sont plus spectaculaires à l'époque des troubles trophiques et l'hormone thyroïdienne qui lutte contre l'hydratation tissulaire et stimule la consommation des réserves lipidiques qui surchargent le réservoir lymphoveineux. Cette thérapeutique n'est qu'adjuvante et l'heure n'a pas encore sonné d'une médication hormonale spécifique qui soit seule susceptible d'arrêter l'évolution du mal.

II. — TRAITEMENT DE L'ÉTAT VARIQUEUX CONSTITUÉ SANS REFLUX NET

La veine est déformée. Sa couche musculaire chancelle et la sclérose envahit le tissu élastique qui disparaît. Le médecin se trouve en face de renflements disgracieux, mais limités. Ratschow précise que « la circulation périphérique a tendance à s'inverser » ; mais bien que la lésion soit irréversible, elle reste encore compensée ; il n'y a pas d'insuffisance valvulaire étendue des systèmes saphéniens et les tests de circulation veineuse témoignent de l'absence d'un reflux net. La chirurgie n'est pas encore nécessaire, alors que l'injection sclérosante est particulièrement recommandable.

LA SCLÉROSE

C'est la formation artificielle d'un thrombus. Et déjà se pose la question capitale de l'embolie. Disons tout de suite qu'elle n'est pas à craindre, car en sclérosant on ne cherche pas à coaguler à l'intérieur de la veine, mais à irriter et traumatiser le revêtement endothélial pour l'amener à proliférer de telle sorte que, strate par strate, les cellules néoformées arrivent à boucher la lumière et à remplacer le canal en un cordon fibreux. C'est une endothéliite chimique, limitée, Le thrombus formé est organisé, fixé, encloué par les prolongements conjonctifs partis de l'endothélium, nullement comparable au caillot peu adhérent de la phlébite dont l'extrémité en tête de serpent risque à tout moment de se détacher. De plus l'inversion du courant sanguin dans les veines variqueuses, diminue encore le risque d'embolie en immobilisant le thrombus à la périphérie.

Pas de crainte donc à avoir de ce côté-là.

Une remarque négative cependant : le rétrécissement provoqué par la sclérose peut être incomplet, amenant une recanalisation qui va être à la base d'une récidive obligatoire, récidive

d'autant plus nocive que l'on a supprimé la contractilité pariétale transformant de ce fait la varice primitive en un canal qui ne se laissera plus dilater et qui engendrera une hypertension constante et des troubles trophiques. D'où l'attention à apporter à la technique pour que l'obstruction soit complète.

1. *Solutions employées.*

Ce sont surtout :

a) Le salicylate de soude à 30 %, le meilleur produit malgré la crampe consécutive à l'injection qu'on peut atténuer en ajoutant à l'ampoule 1/4 cc. de novocaïne à 5 %.

b) Le chlorydrate de quinine-uréthane à 3 %, de grande facilité d'emploi, mais assez caustique pour les tissus et susceptible de créer des vertiges, des nausées, des bourdonnements, des insomnies, une surdité passagère.

c) La solution iodoiodurée à 1 %, difficile à employer à cause de la couleur, mais d'action moins brutale que le salicylate.

d) L'oléate de monoéthanolamide à 5 %.

e) Le biiodure de mercure, fort et de maniement délicat, susceptible de déclancher des phénomènes allergiques, des diarrhées sanglantes.

f) Le glucose à 66 %, très doux, mais donnant des résultats infidèles.

g) Le succinate de phénylmercure et d'ammonium, bien étudié par Dominique à Bordeaux, qui en solution à 1 %, est d'une grande facilité d'emploi, produit une fibrose solide et durable, mais se montre un peu caustique pour les tissus.

« La meilleure solution est celle dont on a l'habitude », dit Gerson. Il faut également employer celle qui est la mieux supportée en explorant la susceptibilité générale et locale du malade par des doses de début très diluées, car on ne peut jamais prévoir la première réaction du sujet avec le produit dont on se sert. On ne sera jamais prisonnier d'un liquide et même le mélange de plusieurs sclérosants sera préconisé.

2. *Technique et conduite à tenir.*

L'injection se fait avec une aiguille fine à biseau court, après nettoyage des téguments à l'alcool, sur le sujet couché si on injecte un gros tronc, assis si le tronc est réduit, mais en le faisant allonger immédiatement après la piqûre pour que la solution atteigne la paroi à son maximum de concentration et, d'autre part, pour supprimer les réflexes neuro-végétatifs qui pourraient entraîner une syncope. On évitera de laisser sourdre un peu de sang en retirant brusquement l'aiguille et en comprimant le point de piqûre, car la suffusion sanguine entraînerait une pigmentation cutanée inesthétique. Dans les vingt-quatre heures suivant l'injection, on fera porter un bandage élastocompressif en conseillant au sujet de marcher.

La conduite à tenir est la suivante :

Commencer par piquer la varice la plus en vue et la plus facile à accrocher pour mettre le malade en confiance et l'engager à revenir.

Scléroser le plus haut possible en commençant par les gros troncs de manière à créer un obstacle au reflux. Scléroser non seulement les dilatations apparentes, mais aussi celles qui ne sont décelables qu'au doigt, car l'efficacité tient à la destruction de toutes lesdilatations perceptibles.

Ne pratiquer à chaque séance qu'une seule injection sur un même trajet, car il existe une réaction normale traduisant le processus d'endophlébite, réaction qui peut ne survenir que quatre ou cinq jours après la piqûre et consistant en une tuméfaction rosée, chaude, qui laissera après elle un cordon fibreux induré ; aussi attendra-t-on huit jours, au début, avant de renouveler l'injection et piquera-t-on à la séance suivante trois centimètres au-dessous, car il est de rigueur de rechercher une sclérose continue sans lacune ni interruption.

A la fin du traitement où l'on ne dépasse pas 2 cc. par séance et deux séances par semaine, on fera une révision soigneuse pour rechercher les segments mal sclérosés qui sont des

amorces de récidive : il ne doit pas y avoir transmission d'onde liquidienne (signe de Schwartz).

Bref, pas d'attitude systématique, mais une prudence de bon aloi : s'il ne faut pas craindre de scléroser jusqu'à la crosse, la brusquerie est une faute et quand une réaction trop vive apparaît la bonne formule est d'attendre qu'elle soit éteinte pour reprendre dans une zone proche, en diminuant la dose ou la concentration.

3. *Dangers.*

Ce traitement est-il exempt de tout danger ?

On peut répondre qu'employé avec les précautions signalées, les accidents sont rares : certaines objections ne tiennent pas, tels la toxicité du produit, l'arrêt de la circulation de retour, la possibilité de provoquer une phlébite véritable. Il n'en est pas moins vrai que soit par erreur technique, soit à cause d'une susceptibilité personnelle du malade, mention a été faite de la possibilité d'œdème et de pseudophlegmons que des pansements à l'eau d'hamamelis font d'ailleurs disparaître, de celle plus grave d'escarres dont on doit activer la chute par des pansements à l'acide pyruvique, ainsi que de collections hématiques intravariqueuses, d'incidents de choc colloïdo-classique ou toxique par intolérance individuelle.

Cela mis à part et pouvant le plus souvent être évité par la prudence et une technique parfaite, la méthode donne des résultats excellents et on restera surpris de constater en même temps que le soulagement infini éprouvé par les patients, l'exactitude avec laquelle se seront nivelées en quelques séances des jambes auparavant bosselées en maints endroits.

On ne doit pourtant pas terminer ce chapitre de la sclérose des varices, si riche de succès entre des mains expertes, sans rappeler qu'un variqueux guéri de ses dilatations ne doit jamais être abandonné parce qu'il n'est pas guéri de sa maladie. Le sujet devra être persuadé de cette vérité et accepter de poursuivre pendant de nombreuses années le traitement général dont les grandes lignes ont été tracées plus haut sous peine de récidives obligatoires.

III. — TRAITEMENT EN FACE D'UN REFLUX VEINEUX MARQUÉ

La décompensation est nette. Le malade qui se présente est atteint de renflements ampullaires importants et les tests de circulation veineuse laissent soupçonner une insuffisance saphénienne large et un reflux marqué. Il serait prétentieux d'intervenir par la sclérose sur tous les points du reflux et VACHERON affirme que « seule la chirurgie est capable de construire en haut du membre un barrage solide sans lequel reste vain ou imparfait tout travail de sclérose sous jacent ».

A cette période donc, seules les méthodes supprimant électivement les zones de reflux sanguin sont capables de guérir le sujet avec l'appoint de la médication générale et du traitement sclérosant en cours ou à la suite de l'intervention.

A) ÉTAT ANATOMIQUE DES VAISSEAUX

Les dissections et les veinographies ont permis une étude précise des communicantes et des anastomoses.

1° *Au niveau de la crosse*, DOSELER a bien fait ressortir que sans plus de la moitié des cas, ces affluents se jettent dans les deux derniers centimètres de la veine, détail qui aura son importance dans la crossectomie, car la ligature de ces collatérales nécessitera de suivre la veine jusqu'à son confluent.

2° *Au niveau de la cuisse*, SHERMAN décrit trois points majeurs de reflux :

a) La veine du canal de Hunter qui émerge à 20 cm. au-dessus de la rotule ;

b) La veine sous-jacente au muscle couturier ;

c) Le plexus géniculé qui s'anastomose avec le système veineux du genou.

Ces trois sources peuvent fournir d'autres perforantes pour le tronc accessoire de la saphène interne qui chemine parallèlement à la saphène interne proprement dite, mais au-dessus du revêtement aponévrotique de cette dernière.

3° *Au niveau de la jambe* où SHERMAN répartit les communicantes en cinq groupes :

a) Le groupe de la face interne, à 1 cm. du bord interne du tibia, qui rejoint les veines tibiale postérieure et poplité à partir de la saphène interne, mais aussi de veines accessoires ;

b) Le groupe de la cloison intermusculaire entre les péroniers et les muscles de la loge antérieure de la jambe ;

c) Le groupe de la cloison qui sépare les péroniers des muscles postérieurs ;

d) Le groupe de la crosse de la saphène externe amarrée à la veine poplitée ;

e) Le groupe des veines postérieures qui vont se jeter dans des veines saphènes jambières accessoires.

Il est essentiel de dire que la chirurgie doit atteindre le plus de points possible, surtout au niveau des veines superficielles accessoires qui sont des amorces constantes de récidives. A signaler l'incontinence fréquente des perforantes de la face interne de la jambe, siège habituel des ulcères.

B) MÉTHODES RÉPARATRICES

Si le reflux n'est pas très important, il est permis de tenter les méthodes réparatrices, surtout quand le malade est réfractaire à la sclérose.

1° Nous laisserons de côté « l'Anastomose saphénofémorale » de DELBET qui abouche la saphène interne au-dessous des

valvules continentes de la veine fémorale dans la portion crurale moyenne, pour nous arrêter à :

2° *L'inclusion intramusculaire de Cecca.*

Luccioni l'a remise récemment à l'honneur, sans être d'ailleurs tout à fait partisan de cette méthode pour des raisons que nous donnerons par la suite.

a) *But.* — Nous avons admis au début dans l'étude physiologique qu'une partie du sang veineux superficiel se déversait dans le réseau profond grâce au tonus de la paroi veineuse et à un système valvulaire important, l'autre partie étant aspirée dans ces veines profondes par la contraction et la décontraction des muscles de la jambe. Si la paroi veineuse cède ainsi que les valvules, seul le mode d'aspiration musculaire intervient. Or, on a dit que le développement variqueux tenait à une viciation profonde qui amenait un fléchissement de la paroi avec destruction préalable de la gaine sympathique des vasavasorum ; il paraît donc logique d'enfouir les veines variqueuses dans un lit musculoaponévrotique afin que la contraction des muscles et la tension de l'aponévrose, constituant une gaine protectrice artificielle, rendent aux parois vasculaires leur tonicité perdue. Luccioni recommande donc d'enfouir la majeure partie du tronc de la saphène interne, collecteur principal. On peut même se permettre de ne faire qu'un enfouissement partiel par étages, à deux ou trois niveaux différents : on coude ainsi la veine en lui donnant un trajet en chicane. Les contractions créent un appel de sang des veines voisines vers la saphène et de la saphène vers la profondeur.

b) L'*opération* qui se fait sous-anesthésie générale demande une asepsie parfaite. On opère quatre enfouissements :

— Au-dessous du triangle de Scarpe ;

— Au-dessus du genou ;

— Au tiers supérieur de la jambe ;

— Au-dessus de la malléole interne.

La veine est disséquée sur toute l'étendue de la plaie en conservant le plus de collatérales possible. L'aponévrose sous-jacente est incisée et le muscle dissocié sur deux centimètres. La veine est assise dans son lit et le muscle suturé de sorte que la veine fasse un coude double à l'entrée et à la sortie de son lit.

Les résultats sont encourageants. Ajoutons tout de suite qu'ils ne sont pas radicaux. Certes l'aspiration musculaire intervient dans l'hydraulique, mais ce n'est pas tout, et il est classique de rencontrer des individus qui marchent longtemps, qui font travailler leurs groupes musculaires et qui ont des dilatations variqueuses au même titre que des sédentaires. De plus — et c'est la critique majeure — la maladie variqueuse peut être unilatérale, avec un jeu musculaire parfaitement normal des deux côtés. Cette méthode ne peut donc recueillir tous les suffrages et si elle apporte un certain soulagement au variqueux, elle laisse souvent des séquelles qui demanderont l'exérèse par la suite.

C) MÉTHODES DE RÉSECTION DES POINTS DE REFLUX

Selon la topographie des lésions bien détaillée par l'image radiographique, nous envisagerons séparément les techniques permettant de s'attaquer :

Au reflux saphénien ;
Au reflux crural ;
Au reflux jambier, zones principales de fuite.

Premier point. — Lutte contre le reflux ostial.

La crossectomie. — Courson, dans sa thèse bordelaise, insiste sur l'obligation de détruire la saphène jusqu'à son abouchement dans la veine fémorale, les collatérales importantes se trouvant dans le dernier tronçon. On fait une anesthésie générale avec des produits à élimination rapide type

penthotal dilué. On évite l'usage d'instruments à griffes au contact des veines. L'incision sera transversale, légèrement oblique en bas et en dedans au niveau du pli de l'aine.

Les collatérales, soigneusement repérées, sont ainsi liées et sectionnées les premières entre deux pinces et on termine en liant la crosse au ras de la fémorale avec un fil non résorbable.

Toutes les collatérales doivent être détruites ainsi que les anastomoses qui les unissent, car c'est par leur intermédiaire que se reperméabilise le tronc principal. On ne peut espérer les supprimer toutes, mais plus on en resèque moins la récidive a des chances de s'opérer. L'hémostase du champ opératoire doit être minutieuse et aucun hématome ne doit persister qui sera ensuite source d'infection.

La crossectomie suffit-elle ? Il est incontestable que si le reflux est localisé à la région saphénienne supérieure, les chances de guérison totale sont élevées ; mais il existe souvent d'autres points de reflux superficiels cruraux et jambiers : alors, après une amélioration nette, la récidive réveillera à nouveau la souffrance du sujet.

Deuxième point. — Lutte contre le reflux crural.

L'expérience anatomique, radiographique et opératoire a montré l'existence de perforantes incontinentes au niveau de la saphène interne et de son accessoire, principalement à hauteur du canal de Hunter. On a recours pour combattre ce reflux à plusieurs méthodes.

a) La sclérose.

Dood Werquin, Ménégaux, Takats engagent, après résection de la crosse, une sonde dans la lumière vasculaire vers le bas et injectent par le bout distal 200 cc. de glucose à 66 % afin de détruire la totalité du système saphénien. Les statistiques de Dood sont satisfaisantes. L'injection massive n'est pourtant pas sans danger et une partie du liquide peut passer dans la profondeur et donner une thrombose avec ses risques d'embolie.

Il serait préférable de pratiquer une injection moins massive et limitée, après introduction à hauteur de la crosse réséquée d'un catheter poussé jusqu'à hauteur du genou et par lequel on introduit 30 à 50 cc. de liquide, mais ceci laisse persister les points de reflux amorces de récidives, surtout au niveau du canal de Hunter.

b) La « saphénectomie à ciel ouvert » d'Alglave.

C'est une opération qui est pratiquement abandonnée, par suite des délabrements trop importants qu'elle nécessité.

c) Les résections étagées.

Martinet et Tubiana spnt partisans, après une phlébographie rétrograde, de détruire les communicantes par des résections à l'aide d'une tige palpable qui cathétérise le bout inférieur de la saphène crossectomisée. Ils arrivent ainsi à poursuivre jusque sous l'aponévrose près de leur origine profonde les perforantes incontinentes qui unissent la profondeur à la saphène interne et à réséquer au besoin la saphène accessoire qu reçoit aussi de la veine fémorale des perforantes accessoires, ceci grâce à de petites incisions qui, minutieusement suturées en deux plans n'enlèveront pas l'esthétique du membre.

d) L'arrachement cutané de la veine,
avec l'aide de la tige métallique de Mayo, terminée par un anneau où la veine est enfilée, ou bien de la tringle de Babcock que l'on amarre à l'extrémité inférieure de la veine sectionnée. Celle-ci est dépouillée (strip) ou arrachée soit par tassement soit par retournement de bas en haut, de même qu'on tire la peau d'un lapin. Bien que les collatérales soient arrachées, un simple pansement compressif suffit à éviter l'hématose et à parfaire l'hémostase.

Cette méthode a l'avantage de ne pas léser le système veineux profond. Elle nécessite l'anesthésie générale et parfois des incisions multiples si le trajet du vaisseau est sinueux. Inutile de préciser l'importance des examens préopératoires et l'asepsie rigoureuse en cours d'intervention.

Troisième point. — Lutte contre le reflux jambier.

Il est certain que les récidives qui ont lieu après les opérations précédentes sont dues en grosse partie à l'importance des points de reflux de la jambe. Il existe là, en effet, deux riches systèmes saphéniens, externe et interne, et des perforantes unissant la profondeur à la superficie ; mais ce sont surtout, à la partie basse de la face interne de la jambe, les nombreuses veines perforantes aboutissant à des veines saphènes accessoires qui entretiendront le mal malgré l'arrachage de la saphène interne.

1° *Chirurgie.*

Envisager l'exérèse chirurgicale est aller au devant de gros délabrements.

De même, l'arrachement sous-cutané ne doit être qu'un pis-aller, car au niveau de la jambe il y a deux saphènes, avec des collatérales multiples : d'où nécessité de plusieurs strippings ; de plus, le trajet sinueux ne permet pas de conduire le cathéter très loin.

2° *La sclérose.*

Elle paraît excellente et donne des résultats incontestables : on profite de l'incision au niveau du genou pour injecter 20 cc. de glucose à 66 % à l'aide d'une aiguille spéciale à renflement distal qui, introduite dans le segment inférieur, réalise une sclérose limitée par voie rétrograde. Il faut opérer prudemment, en ayant soin de verser tout le produit dans le vaisseau et de tâter la susceptibilité du sujet pour éviter toute réaction capable de gêner sa mobilisation que Tubiana préconise aussi précoce que possible. La section basse de la saphène interne n'est pas recommandée, car la région sus-malléolaire cicatrise mal.

3° *La résection de la crosse de la saphène externe.*

Ce n'est pas une opération à dédaigner si la veinographie arrive à repérer un reflux saphénien externe net. L'important confluent de la saphène externe voit le reflux du sang venant de la poplitée profonde et les 4e et 5e groupes de

Sherman comportent des veines communicantes qui rejoignent les veines saphènes accessoires tributaires aussi bien de la saphène interne que de l'externe. La destruction de cette dernière n'est pas tout, mais elle constitue un sérieux appoint de déblayage : il faut réséquer la veine au ras de la poplitée en ayant soin de sectionner toutes les collatérales visibles.

4° *Les ligatures jambières étagées.*

Après un repérage par la veinographie de ce complexe court-circuit jambier, on essaiera par des incisions étagées de disséquer profondément sous l'aponévrose les perforantes de la face interne de la jambe et les perforantes unissant les péroniers aux jumeaux et soléaire, et les veines saphènes accessoires à la tibiale antérieure, perforantes qu'on liera avant leur épanouissement. On opérera avec minutie et prudence à la partie basse de la face interne de la jambe qui est une région des plus fragiles. Sherman va même jusqu'à traquer les perforantes des faces latérales du pied et de la cheville unissant les saphènes accessoires et la saphène externe aux veines profondes du pied.

La position du médecin en face d'un variqueux est donc toujours délicate. Il serait inconvenant de renvoyer chaque fois le malade avec une prescription à l'hamamelis ou au cupressus. Son attitude doit être tout autre.

Il arrive ouvent, — surtout s'il s'agit d'adultes qui se désintéressent de leur tare — que le sujet se présente à lui atteint de dilatations importantes. Il devra alors être éclectique, savoir faire un choix entre la sclérose et la chirurgie en se basant sur les goûts, la susceptibilité du malade, la gravité de la lésion et surtout sur l'existence d'un reflux plus ou moins important.

Mais qu'il opte pour la méthode sclérosante ou l'exérèse, il ne doit jamais perdre de vue cette notion essentielle qu'à l'origine de la maladie variqueuse existe une viciation profonde. Aussi de vra-t-il faire comprendre au sujet qu'un traitement général, convenablement suivi, doit toujours accompagner l'intervention. La guérison et l'absence de récidives sont à ce prix.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Voici la technique que nous avons utilisée à Bordeaux, dans les 21 cas rapportés plus loin :

— *Examens pré-opératoires* :

Analyse d'urines (sucre) ;
Temps de coagulation ;
Taux de prothrombine ;
Mesure de la glycémie.

— *Anesthésie* générale : penthotal, éther, oxygène.

— *Technique* proprement dite.

A hauteur de la jarretière, incision de 1 cm. permettant de découvrir très facilement la veine, toujours apparente à ce niveau.

Section du vaisseau, introduction du cathéter dans le bout proximal. Nous utilisons à cet effet un segment de câble de frein de bicyclette, à renflement olivaire aux deux extrémités (vulgarisé par la maison Pigaglio). Cet appareillage est simple, solide et suffisamment malléable, sans pourtant l'être trop. Nous poussons vers la racine du membre le cathéter dont à tous moments on palpe l'olive sous la peau. A hauteur du triangle de Scarpa il fuit dans la profondeur ; nous sommes alors sûrs d'être au niveau de la crosse de la saphène. Une contre-incision à cet endroit va permettre de faire la crossectomie.

Le cathétérisme de bas en haut a, nous semble-t-il, l'avantage de reprérer en quelques instants la crosse de la saphène, repérage qui n'est pas toujours très facile quand on fait à ce niveau l'incision proximale (présence d'un panicule adipeux

important, paquet ganglionnaire, canaux collatéraux pris pour la crosse elle-même). D'autre part, il nous est arrivé, en cathétérisant de haut en bas, de nous égarer dans une collatérale du tronc saphénien, incidence pénible car celle-ci naît souvent selon un angle aigu. Enfin, il est possible en employant ce dernier procédé de buter sur quelques valvules restantes et, en insistant, d'amorcer une perforation.

Le cathéter est donc introduit de bas en haut. Une solide ligature est placée à hauteur de l'olive inférieure et l'arrachechement se fera par retournement, ce qui est également logique, vu l'angle aigu sous lequel la collatérale se jette dans le tronc. Une traction continue, sans à-coups, est exercée sur le câble, et l'on suit parfaitement l'arrachement qui plisse la peau sus-jacente. Si à un moment donné, on sent une résistance, c'est qu'il existe en ce point une collatérale qui ne se laisse pas traverser ; il est très simple alors, puisqu'on en voit la traduction cutanée, de faire à ce niveau une nouvelle incision de 1 cm. et de ligaturer la collatérale gênante.

Il faut bien dire que la facilité du stripping est inversement proportionnelle à la gravité du cas, mais l'arrachement peut, au besoin, se faire en deux ou trois tronçons, puisqu'il suffit chaque fois, au niveau du raccordement, de pratiquer une incision minime qui, du point de vue esthétique, doit être sans lendemain.

Une technique analogue est utilisée au niveau du segment jambier, dans la mesure où le permet la rectitude du tronc saphène interne et des collatérales de cette veine. On peut compléter l'opération par des ligatures-résections au point de reflux, lorsqu'on sent à la palpation une faille dans l'aponévrose, témoin d'une communication veineuse.

On peut même, à ciel ouvert, par l'orifice béant d'une veine, pousser une injection de quelques centimètres cubes de liquide sclérosant (type sérum glucosé à 66 %).

C'est là une opération qui ne dure pas moins d'une heure, car elle demande une minutie toute particulière. D'ailleurs,

si une trop grande facilité préside à l'intervention, c'est que l'indication chirurgicale a été mal posée ou tout au moins forcée.

Dès la fin de cette opération, nous enroulons un bandage élastique et adhésif sur tout le membre opéré, à partir des orteils vers la racine. Il vaut mieux le placer sur un jersey étroit qui moule parfaitement le membre, et l'enrouler, la surface collante à l'extérieur, ce qui permet de faire mordre chaque tour de bande sur le précédent. Finalement, une bande de gaze est à son tour enroulée sur ce collant.

Le soir même on fait pratiquer au malade quelques mouvements dans son lit, et le lendemain il commence à se lever. Le dixième jour la bande élastoplast est enlevée ainsi que les fils cutanés. On demande au malade de garder encore pendant deux semaines un bandage élastique, mais non adhésif, qu'il place le matin à son lever et qu'il enlève le soir.

Nous n'avons eu avec ce procédé aucun incident à déplorer. Nous ne voulons pas dire que c'est là la seule méthode à utiliser, mais nous affirmons qu'elle nous a toujours donné d'excellents résultats.

OBSERVATIONS

Les examens histologiques rapportés ci-après ont été pratiqués dans le service du Professeur de Grailly, soit par lui-même, soit par les docteurs Léger et Biraben.

Obs. I. — S... (Valère), 35 ans.

Varices de la jambe gauche.

Incision au niveau de la crosse de la saphène. Résection et ligature. Arrachement, et. à hauteur du genou, injection dans le bout distal de la veine de 30 cc. de sérum glucosé à 60 %.

Guérison parfaite.

L'histologie montre une média peu épaissie, mais une endoveine contenant des dépôts rappelant l'athérome.

Obs. II. — Le même malade revient consulter trois mois après (27 décembre 1951) pour un paquet variqueux du membre inférieur droit.

La même intervention que précédemment, mais sans injection de substance sclérosante, fera constater sous la lame une atrophie et une dissociation de la musculeuse par sclérose intersticielle avec disparition des fibres élastiques.

Le malade sort le 28 février 1952 en excellent état, après un traitement préalable aux Rayons X.

Obs. III. — R... (Marie), 59 ans.

Entrée à l'hôpital le 29 décembre 1951 avec dilatations de la jambe droite.

Après veinographie, stripping de la saphène droite.

A l'examen, les parois de la veine sont épaissies et un caillot hématique siège au niveau de la lumière, sans organisation de l'endothélium.

Bons résultats trois mois après l'intervention.

Obs. IV. — A... (Saïd), 40 ans.

Varices droites et gauches.

Opéré par stripping complet après crossectomie le 6 décembre 1952. L'histologie montre les diverses couches musculaires de la média largement dissociées par de vastes bandes fibrocollagènes. Ce processus de fibrose s'étend aux espaces celluloadipeux de l'adventice.

Revu quatre mois après en excellent état.

Obs. V. — P... (Gabriel), 47 ans.

Entre le 26 janvier 1952 pour varices du côté gauche avec début de troubles trophiques du membre.

L'examen sous la lame montrera un amincissement de la média avec réduction des fibres musculaires par rapport aux éléments conjonctifs.

La ligature de la crosse continuée par des ligatures étagées au niveau des perforantes du mollet, a donné de bons résultats, mais laissé persister les altérations cutanées.

Obs. VI. — C... (Roland), 28 ans.

Hospitalisé le 20 février 1952 pour un gros paquet variqueux du membre inférieur droit. Histologiquement la paroi veineuse est fibreuse et l'intérieur est bloqué par un caillot adhérent. Ailleurs il s'est formé un tissu de reperméabilisation avec des petits vaisseaux.

Incision de 2 cm. au niveau de la face interne du genou. Tringlage de bas en haut. Ligature de la saphène. Arrachement de la veine par retournement. Ligature des perforantes à hauteur du genou et injection de 50 cc. de sérum hypertonique dans le réseau jambier.

Sort le 12 mars 1952 en parfait état.

Obs. VII. — P... (Albert), 71 ans.

Hospitalisé le 14 mars 1952.

Séquelles de périphlébite du membre inférieur droit. Grosses dilatations variqueuses roulant sous le doigt.

L'histologie montre un envahissement des différentes tuniques de la paroi veineuse par une sclérose progressive. Cet aspect rappelle celui d'une phlébite chronique hypertrophique.

Résections - ligatures des veines à la périphérie de la zone indurée

Le malade garde une douleur à type de tension sur le membre opéré.

Obs. VIII. — L... (Roger), 29 ans.

Hospitalisé le 29 avril 1952 pour des varices du membre inférieur gauche.

On note une insuffisance nette de la veine saphène externe.

Incision de 1 cm. au niveau du collet du mollet et stripping en une seule prise jusqu'à la crosse de la saphène interne. Injection de 50 cc. de sérum dans la partie distale.

Nouvelle incision au niveau de la crosse de la saphène externe, et cathétérisme de haut en bas jusqu'au cou-de-pied.

Aucun incident ; suites rassurantes.

Obs. IX. — I... (Gabriel), 40 ans.

Entre le 19 mai 1952 pour des paquets variqueux du côté gauche avec ulcération de la partie moyenne de la cuisse sur le trajet d'une périphlébite suppurée.

Stripping de la veine saphène interne, de la crosse à la jarretière, montrant une veine très épaissie avec hypertrophie des fibres musculaires lisses.

Il est impossible d'injecter une substance sclérosante étant donné les méandres et les thromboses partielles des veines du mollet.

Obs. X. — A... (M.-Louise), 69 ans.

Hospitalisée le 18 juin 1952 pour des paquets importants siégeant à la face interne du genou et au tiers inférieur de la cuisse.

Crossectomie et ligature des perforantes à hauteur du mollet.

Excellent état.

Obs. XI. — B... (Jean), 69 ans.

Entré le 24 juin 1952 pour des dilatations veineuses siégeant sur la face interne de la jambe droite.

Stripping de la saphène interne.

L'examen montre une paroi veineuse mince avec une légère infiltration inflammatoire de la média. L'endoveine n'est guère visible, mais il existe une thrombose avec organisation de la région.

Les résultats techniques sont satisfaisants, mais il persiste trois mois après des séquelles douloureuses.

Obs. XII. — V... (René), 39 ans.

Présente le 20 août 1952 des varices bilatérales surtout importantes à droite.

Opéré par crossectomie difficile, avec blessure de la veine fémorale nécessitant une suture.

Résultats physiques parfaits, mais présence d'un œdème dur post-opératoire qui ne rétrocédera que très lentement.

Revu au début de l'année 1953, le sujet garde une douleur très légère du membre droit.

Obs. XIII. — A... (Jean), 40 ans.

Entré dans le service le 26 octobre 1952 avec de gros paquets variqueux du côté gauche, étiquetés congénitaux.

Crossectomie du membre atteint.

A l'examen, atrophie de la tunique musculaire ; adventice fibreuse et élargie avec de nombreuses fibres élastiques.

Revu un mois après en excellent état.

Obs. XIV. — W... (Georges), 54 ans.

Enormes varices à droite avec signe de Schwartz positif.

Opéré le 12 décembre 1952 par crossectomie et résection étagées au niveau de la cuisse, le gros calibre des veines interdisant pratiquement tout stripping.

Au niveau de la jambe, injection de 30 cc. de solution glucosée hypertonique.

Malgré cela, séquelles inesthétiques nécessitant un mois après l'intervention par des injections sclérosantes complémentaires.

L'examen sous lame avait montré un aspect de périphlébite sclérogène.

Obs. XV. — A... (Jeanne), 66 ans.

Entrée le 26 décembre 1952 pour état variqueux droit. Stripping et injection de 30 cc. de substance sclérosante.

Résultats satisfaisants.

Obs. XVI — C... (Albert), 42 ans.

Hospitalisé le 2 février 1953.

Varices des deux jambes avec grosses dilatations au niveau de la saphène gauche.

Intervention par ligature de la crosse saphénienne de ce côté et ligatures étagées au niveau des grosses perforantes.

A droite, stripping et résection d'un gros paquet thrombosé au niveau du mollet.

Résultats anatomiques excellents, mais séquelle douloureuse de la jambe gauche nécessitant le port constant de bandes en élastoplast de soutien.

Obs. XVII. — D... (Marie), 68 ans.

Entrée le 7 mars 1953 pour des varices gauches.

Incision pour crossectomie et résection de la saphène.

L'histologie montre des parois veineuses épaissies par des faisceaux fibreux.

Port d'une bande en caoutchouc empêchant des douleurs tensionnelles.

Obs. XVIII. — D... (Albert), 38 ans.

Hospitalisé le 2 mai 1953 pour des varices, étiquetées congénitales, du membre inférieur gauche. On note surtout des paquets importants à la face interne du genou. Crossectomie et injection sclérosante médiane.

Bons résultats.

Obs. XIX. — M... (Jean), 62 ans.

Paquets variqueux du membre gauche. Ancienne artérite gauche ayant nécessité une intervention par sympathéctomie.

Histologiquement, l'endoveine est élargie et fibreuse, la musculeuse épaissie, de même que l'adventice.

Incision verticale de découverte de la crosse gauche, résection et ligature des veines afférentes.

Le malade sort quinze jours après en bon état.

Obs. XX. — M... (Louis), 29 ans.

Varices bilatérales surtout prononcées à gauche.

Préalablement traité par la sclérose, il est opéré le 6 juin 1953 par crossectomie, stripping crural et jambier, complété au niveau de la jambe par des ligatures transcutanées au fil de lin.

Suites parfaites.

Obs. XXI. — B... (Gérard), 22 ans.

Varices du mollet gauche interdisant l'entrée à la S.N.C.F., déjà sclérosées à plusieurs reprises. La sclérose n'a pas empêché les récidives.

Arrachement de la saphène et à hauteur du genou injection dans le bout distal de la veine de 30 cc. de sérum glucosé hypertonique. Les résultats paraissent satisfaisants.

CONCLUSIONS

I. — Les varices, affection à retentissement économique et social, doivent être traitées énergiquement par tout médecin.

II. — Un examen clinique, et dans certains, radiographique, doit permettre d'éliminer les « varices de stase » ainsi que les « varices de suppléance » auxquelles il serait erroné de toucher. Seules les « varices de structure » seront à prendre en considération pour un traitement actif.

III. — Y a-t-il reflux du courant sanguin, et quelle est son importance ? Tel est le problème à résoudre pour agir principalement sur le trouble mécanique.

IV. — Le traitement médical d'appoint, la sclérose, sont des méthodes thérapeutiques suffisantes en l'absence de reflux important. Le premier, en particulier, agira efficacement sur le terrain fonctionnel.

V. — Dans le cas de reflux majeur, il faut agir chirurgicalement : exérèse, stripping, ligatures ; résections aux différents niveaux : ostial, crural, jambier.

VI. — La technique, utilisée dans le service de clinique chirurgicale, est décrite dans ses diverses modalités. De même sont recueillies les observations relatives aux 21 cas examinés en deux ans.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pour le Doyen,
L'Assesseur : R. SIGALAS

Vu :
Le Président du Jury,
F. PAPIN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.
Bordeaux, le 10 juillet 1953

Le Recteur,
E. DELAGE

BIBLIOGRAPHIE

ALPÉRINE. — « Phlébographie » (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, nº 37, 18 mai 1951, p. 1616).

BOIGEY (M.). — *Hydrothérapie et massage*, « Le membre inférieur », p. 281 (Masson édit., Paris, 1941).

COURSON (B.). — *Contribution à l'étude de la crossectomie dans le traitement des varices du membre inférieur* (thèse Bordeaux, 1949).

DELATER (G.). — « Défense de la fibrose curative des varices par injection » (*La Clinique*, nº 248, juin 1935).

— *Maladies des veines et leur traitement* (Masson et Cie, 1932, 1 vol.).

DELBET (G.) et MOCQUOT. — « Varices des membres inférieurs, traitement » (*Revue de Paris Chirurgical*, 1923).

DOOD (Harold). — « Opération radicale des veines variqueuses » (*British Medical Journal*, nº 26, 23 déc. 1944).

DOMINIQUE (G.). — *Sur l'emploi du succinate de phényl mercure et d'Ammonium dans la sclérose des varices* (thèse Bordeaux, 1950).

DOUTRE (L.-P. et BOUYSSOU. — « Phlébographie par injection dans l'artère tibiale postérieure » (*Presse Médicale*, 23 mai 1951, nº 35).

DOS SANTOS (Joad Cid). — « Phlébographie directe, conception technique, premiers résultats » (*Journal de Chirurgie*, juil. 1939, p. 87, nº 1).

ENJALBERT. — « Varices postphlébitiques » (*Toulouse Médical*, nov. 1948).

— « Traitement actuel des varices du membre inférieur » (*Toulouse Médical*, déc. 1946).

— « *La phlébographie* » (*Toulouse Médical*, nº 6, juin 1947, p. 353).

FERREIRA (J.-A.), VILLAMIL (E.) et GIRUZZI (A.). — « Phlébographie dynamique » (*Presse Médicale*, 25 déc. 1952).

GRANDMAISON et MARTIN. — *Cellulites* (G. Doin et Cse, édit. Paris, 1950).

GERSON (L.). — *Les varices et leurs associations pathologiques* (2e édit. G. Doin et Cie, Paris, 1948).

— « Conseils pratiques sur le traitement des varices » (*Presse Médicale*, l. IV, 27 avril 1946).

GIORDONNI. — *Traitement des varices par les injections intravariqueuses* (thèse Bordeaux, 1922).

GOSSET. — « A propos du traitement chirurgical des varices du membre inférieur compliquées d'ulcère de jambe » (*Mémoire Acad. Chir.*, 11 mai 1949).

HERTZ. — « Traitement des varices du membre inférieur par la méthode de DOOD » (*Presse Médicale*, 7 mai 1949).

HUMBER. — « Cure esthétique des varices » (*Revue Médicale*, mars 1927).

LATASTE (J.). — « Varices des membres inférieurs » (*Gazette Médicale de France*, février 1951).

— « Complications des varices et ulcères de jambes » (*Gazette Médicale de France*, nº 4, février 1951).

LÉGER (L.) et FRILEUX (C.). — « La phlébographie, technique, indications, résultats » (*Gazette Médicale de France*, nº 2, février 1949).

LÉGER (L.). — « Traitement des varices par l'inclusion intramusculaire étagée de la saphène interne » (*Presse Médicale*, nº 72, 13 déc. 1947).

LOUVEL (J.) et LAUBRY (J.-J.). — *Les veines* (1 vol., Maloine, édit., Paris, 1950).

LUCCIONI. — « Traitement des varices par l'inclusion intramusculaire étagée de la saphène interne » (*Bulletin et Mémoires Soc. Chirurgie Marseille*, XIX, p. 140, juillet 1946).

MARTINET (J.-D.) et TUBIANA (R.). — *Pathologie des veines* (1 vol., G. Doin édit., Paris, 1950).

MATHIEU. — *Traitement des varices par les injections intravariqueuses* (thèse Montpellier, 1923).

MARTORELL. — « Varices » (Su Tratamiento Basado en la Phlebografia, (1 vol., Salvat Editorial Labor Sa, 1946).

MÉNÉGAUX. — « Le traitement chirurgical des varices combiné à l'injection sclérosante rétrograde » (*Gazette Médicale de France*, nº 21, nov. 1949, p. 767).

— « Une méthode nouvelle du traitement des varices » (*Mémoire Acad. Chirurg.*, 14 mai 1947).

NOBL. — « Risque d'embolie dans le traitement sclérosant des varices » (*Wiener Klinische Wichenschcrift*, 16 juillet 1937).

OLIVIER (Cl.). — « Traitement scléro-chirurgical des varices du membre inférieur » (*Semaine Hôp. de Paris*, XXV, 6 oct. 1949).

QUISERNE. — « Les varices : leur traitement » (*Encyclopédie du Cœur et des Vaisseaux*, t. II, pp. 1-11328).

ROWEN-FOOTE. — « Varices et crossectomie » (*Soc. de Méd. de Paris*, 27 nov. 1948).

RUTLEDGE (D.). — *Etudes sur la pression veineuse* (th. Univers. du Minnesota, Minneapolis, avril 1941).

SERVELLE (M.). — « Oblitérations veineuses, voies de suppléance » (*Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, nºº 1-2, 1946).

— « Veinographie » (*Presse Médicale*, nº 28, 25 nov. 1944).

SICARD et GAUGIER. — « Traitement des varices par la méthode sclérosante » (*Presse Médicale*, 2 juin 1926).

SICARD et PARAF. — « Pathologie des veines » (*Journal Méd. Franç.*, sept. 1921).

TOURNAY (R.). — « Comment je soigne les varices » (*Guide du Praticien*, nov. 1949, nº 9).

— « Chirurgie ou sclérose » (*Bulletin de la Soc. Méd. des Prat.*, juin 1937).

— « Incidents d'ordre général au cours du traitement des varices par les injections sclérosantes » (*Journal des Praticiens*, 1928).

VILLARET. — « Crénothérapie des affections vasculaires périphériques » (*Soc. Hydroth. et Climat. Méd. de Paris*, 74e année, nº 9).

VACHERON (J.). — « Crossectomie saphénienne élargie » (*Concours Médical*, 4 oct. 1947).

WARTER. — *Varices et syndromes veineux des jambes, prophylaxie, traitement* (Maloire, 1 vol., édit. Paris, déc. 1948).

WERQUIN (D.). — « Traitement chirurgical des varices » (*Presse Médicale*, nº 49, 22 juin 1946).

Imprimerie René SAMIE, 21-23, Rue Teulère. Bordeaux. - Dépôt légal nº 15.433 - 3e Trimestre 1953